

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДУ «ІНСТИТУТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ НАМН»
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ.В.Н.КАРАЗІНА

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ФІЗІОЛОГІЇ, ПАТОЛОГІЇ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ТА ПІДЛІТКІВ

Матеріали
науково-практичної конференції

(м. Харків, 7-8 листопада 2012 року)

Харків – 2012

21,0%жінок). Таким чином, основна кількість респондентів мають гарне та задовільне здоров'я — 75,4%, однак майже п'ята частина студентів (19,3%) мають незадовільний стан здоров'я. Серед них більше жінок — 21,0%, ніж чоловіків — 14,0%, але різниця між показниками є недостовірною.

За нашими даними, ті чи інші хронічні захворювання мали 123 особи. Захворюваність на 100 обстежених складала 53,9 випадку, у чоловіків — 50,9, у жінок—54,9. Захворюваність у жінок була дещо вищою, ніж у чоловіків. На одного студента припадає 1,5 захворювання. У структурі хронічних захворювань (всього 155) у чоловіків і жінок на першому місці знаходяться захворювання органів травлення — відповідно 35,3% та 38,0%; на другому — захворювання органів дихання — 20,6% та 16,5%; на третьому — захворювання серцево-судинної системи — 17,6% та 15,7% відповідно; на четвертому — захворювання нервової системи та органів чуття — однаково у чоловіків та жінок — 11,8% та 11,6%; ендокринні захворювання відмітили тільки жінки — 7,4%. Ті, що мають хронічні захворювання, відмітили 136 причин їх виникнення. Як чоловіки, так і жінки пов'язують це з умовами життя та навчання, шкідливими умовами оточуючого середовища — 59,6% опитаних, 24,3%— з ускладненнями гострого захворювання, 16,2%— з обтяженою спадковістю.

Таким чином, формування у студентів здорового способу життя, як запорука формування здорового професіонала, повинно розпочинатися з проведення заходів, направлених на усунення або зменшення негативного впливу цих факторів з метою досягнення у них сталої установки на ведення здорового способу життя шляхом розробки та впровадження в навчально-виховний процес елективного курсу з валеології; проведення бесід, лекцій, виступів у засобах масової інформації; організації стендів у гуртожитках з пропаганди здорового способу життя тощо.

ОСОБЛИВОСТІ АТОПІЧНОЇ РЕАКТИВНОСТІ У ШКОЛЯРІВ, ХВОРИХ НА РІЗНІ ЗАПАЛЬНІ ФЕНОТИПИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Є.П.Ортеменка, С.П.Якимів

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Наразі неефективність базисної терапії бронхіальної астми (БА) пов'язують із гетерогенністю патології, а саме існуванням еозинофільного та нееозинофільного фенотипів захворювання.

Метою роботи було вивчити показники шкірної реактивності до алергенів у дітей шкільного віку, хворих на еозинофільну та нейтрофільну бронхіальну астму (БА), для оптимізації індивідуалізованого лікування даної патології.

На базі пульмонологічного відділення ОДКЛ №1 м. Чернівці обстежено 116 дітей шкільного віку. Усім дітям вивчали цитологічний склад мокротиння, індукованого інгаляціями серійних розведень гіпертонічних розчинів (3%, 5%, 7%)

натрію хлориду, за методом Pavord I.D. у модифікації Pizzichini M.M. Першу (I) групу сформували 66 дітей із еозинофільним фенотипом БА, що діагностували за наявності в мокротинні 3% та більше еозинофільних лейкоцитів. До складу другої (II) групи увійшли 50 хворих із нееозинофільним (нейтрофільним) фенотипом захворювання, в яких відносний вміст еозинофілів не досягав 3%. Шкірну чутливість негайного типу до побутових, харчових, епідермальних та пилових алергенів визначали методом скарифікаційних проб. Атопія визначалася як різкопозитивний шкірний тест до одного чи декількох алергенів. Вміст у сироватці крові загального імуноглобуліну класу E (IgE) визначали методом двошарового імуноферментного аналізу.

У хворих на нейтрофільну БА відмічалася виразніша чутливість до пилових, зокрема, епідермальних алергенів. Так, у I групі середні розміри папули становили: $12,9 \pm 0,9$ мм до епідермальних алергенів, $7,7 \pm 2,1$ мм до пилових та $7,6 \pm 0,7$ мм - до харчових алергенів. Проте за нейтрофільної БА шкірна відповідь на наведені вище групи алергенів становила: $15,2 \pm 1,3$ мм ($P > 0,05$), $9,6 \pm 2,9$ ($P > 0,05$) мм $7,5 \pm 0,8$ мм ($P > 0,05$).

Варто відмітити, що при оцінці результатів шкірних проб з побутовими алергенами максимальні розміри папули та гіперемії у відповідь на домашній пил відмічалися у дітей обидвох груп спостереження. Проте у хворих із нейтрофільним запаленням дихальних шляхів реєструвалися вірогідно більші розміри папули у відповідь на котячу шерсть ($13,4 \pm 1,2$) мм порівняно із результатами у пацієнтів II клінічної групи ($10,3 \pm 0,9$ мм; $P < 0,05$).

Слід відмітити, що у хворих на нейтрофільну БА зареєстровані вірогідні зворотні кореляційні зв'язки вмісту в сироватці крові загального IgE з розмірами шкірної папули на алергени домашнього пилу ($r = -0,7$; $P = 0,03$), а також асоціація відносного вмісту еозинофільних лейкоцитів крові із виразністю шкірної реакції негайного типу на котячу шерсть ($r = -0,7$; $P = 0,01$). Отримані дані підкреслюють роль еозинофільних гранулоцитів та IgE у реалізації шкірної гіперчутливості до небактеріальних алергенів незалежно від характеру запальної відповіді бронхів, а також вказують на дискретність процесу накопичення клітин та біологічно-активних речовин в органу-мишені, за якого підвищення їх вмісту в шкірі супроводжується зниженням рівня в крові та навпаки.

Висновки. У дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму, визначається виразніша шкірна реактивність до побутових та епідермальних алергенів ніж до пилових та харчових, незалежно від характеру місцевого запалення дихальних шляхів. Виявлені у хворих на нейтрофільний фенотип бронхіальної астми асоціативні зв'язки між шкірною реакцією негайного типу до окремих небактеріальних алергенів і такими ефекторами атопічної реактивності як еозинофільні лейкоцити та імуноглобуліни класу E, підкреслюють те, що процеси формування специфічної клітинної запальної відповіді бронхів та шкірної атопічної реактивності за даної патології стоять відокремлено та розвиваються за різними механізмами.